

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Tesis

**“FACTORES DE RIESGO DE PRE ECLAMPSIA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL II-1 MINSA - MOYOBAMBA,
PERIODO ENERO 2011- DICIEMBRE 2012”**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORES:

Bach. en Obst. Giovanna Rojas Yucra

Bach. en Obst. Yuvixsa Cecibel Navarro Zuta

ASESORA:

Obsta. Dra. Evangelina Ampuero Fernández

TARAPOTO – PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

JURADO CALIFICADOR:

**“COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II TARAPOTO -
ESSALUD. MAYO 2012 – ABRIL DEL 2013”.**

Presidente

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Miembro

Lic.Nut. Dra. María Elena Farro Roque

Miembro

Obsta. Mg. Marina Huamantumba Palomino

TARAPOTO – PERÚ

2013

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi **Dios** quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres **Cesar Augusto Vargas Ikeda** y **Enith Angulo Cabrera** por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Cesar y Ollenka por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mio. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti y ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti y de mi futuro hijo, gracias por estar a mi lado amado esposo **Luis Alberto Rubiños Aliga**.

ERIKA MILAGROS VARGAS ANGULO.

DEDICATORIA

Al dador de la vida, mi **Dios** por su amor inmaculado que gracias a luz que me muestra en mi caminar diario permite que yo siga adelante apoyándome incondicionalmente en los buenos y malos momentos.

Va dedico a todo mi círculo familiar que son mi fuerza , motor y motivo en especial a mis padres **Enith Chuquital y Orlando Chuquibala**, grandes luchadores que están haciendo posible el logro de mis metas y objetivos ya que sin su apoyo incondicional no hubiese podido realizar mi objetivo trazado.

A mis docentes, compañeros y amigos son las personas que siempre están ahí dándome las fuerzas necesarias para no rendirme en el duro camino, mostrándome su amistad genuina, brindándome su cariño, compañía entre risas y consejos sinceros.

TATYANA CHUQUIBALA CHUQUITAL.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar damos infinitamente gracias a Dios, por habernos dado fuerza y valor para culminar esta etapa de nuestras vidas.

A nuestros queridos padres por brindarnos el apoyo necesario, emocional y económico ya que sin su apoyo no sería posible la realización de este proyecto de tesis.

A la obstetra doctora **EVANGELINA AMPUERO FERNANDEZ** por su valiosa guía y asesoramiento para la realización del presente proyecto de tesis ya que nos permite desarrollarnos como futuros investigadores siendo la base primordial de nuestra profesión como futuros obstetras.

Agradecer también su colaboración a todos los docentes de nuestra universidad nacional de San Martín, que nos apoyaron en la realización de la investigación científica y a los Obstetras que laboran en el hospital II – Tarapoto salud que nos han facilitado la información necesaria para nuestra tesis.

Los autores

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I.-INTRODUCCION.....	01
1.1. Marco Conceptual.....	04
1.2. Antecedentes.....	04
1.3. Bases teóricas.....	05
1.3.1. Embarazo.....	05
1.3.2. Parto.....	06
1.3.3. Puerperio.....	12
1.3.4. Complicaciones del embarazo.....	18
1.3.5. Complicaciones en el parto.....	29
1.3.6. Complicaciones en el puerperio.....	32
1.3.7. Definición de Términos.....	35
1.4. Justificación.....	36
1.5. Problema.....	37
II.- OBJETIVOS.....	38
2.1.- Objetivo General.....	38
2.2.- Objetivos Específicos.....	38
III.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	38
3.1.- Hipótesis de investigación.....	39

3.2.- Sistema de variables.....	39
3.2.1.- Identificación de variables.....	40
3.2.2.- Operacionalización de variables.....	40
IV.- MATERIALES Y METODOS.....	41
4.1.- Tipo de estudio.....	41
4.2.- Diseño de investigación.....	41
4.3.- Universo, población y muestra.....	41
4.3.1.- Universo y población.....	41
4.3.2.- Muestra.....	41
4.3.3. Calculo de la muestra.....	41
4.3.4. Selección de la muestra.....	41
4.3.5. Criterios de inclusión.....	41
4.4.- Procedimiento.....	42
4.5.- Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	44
4.6.- Plan de tabulación y análisis de datos.....	44
V.- RESULTADOS.....	46
5.1. Tabla N° 01.....	46
5.1.1. Grafico N° 01.....	47
5.1.2. Grafico N° 02.....	48
5.2. Tabla N° 02.....	49

5.3. Tabla N° 03.....	50
5.4. Tabla N° 04.....	51
5,5. Tabla N° 05.....	52
VI.- DISCUSIÓN.....	53
VII.- CONCLUSIONES.....	57
VIII.- RECOMENDACIONES.....	58
IX.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	59
X.- ANEXOS.....	63

INDICE DE TABLAS

N° Tabla	TITULO	PAG.
1	Características sociodemográficas de las gestantes en el Hospital II Essalud- Tarapoto.	46
2	Características obstétricas de las gestantes en el hospital II Essalud-Tarapoto.	49
3	Identificar las principales complicaciones del embarazo en mujeres atendidas en el hospital II Essalud - Tarapoto.	50
4	Identificar las principales complicaciones del parto en mujeres atendidas en el hospital II Essalud - Tarapoto.	51
5	Complicaciones durante el puerperio de las gestantes atendidas en el hospital II Essalud- Tarapoto.	52

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo simple, retrospectivo, de corte transversal, realizado con el objetivo de conocer las complicaciones del embarazo parto y puerperio en mujeres atendidas en el hospital II essalud- Tarapoto. La población estuvo conformada por 600 gestantes y la muestra estaba basada de 300 gestantes

La recolección de datos fue obtenida a través de las historias clínicas de las gestantes, a través de una encuesta y lista de cotejo diseñado por las autoras.

Se obtuvo como resultado lo siguiente: En las características sociodemográficos nos muestra que la ocupación de las gestante, el 47.7% son amas de casa, el 36.6% trabajan y el 16 % son estudiantes Y el 82,0 % tienen edades entre 20 – 35 años, 9,0 % tienen menor de 20 años y el 9,0% oscilan mayor de 35 años de edad. De estas embarazadas se encontró que 63.0% tienen 1- 3 hijos y el 33.7% tienen 0 hijos y el 3.3 tiene de 4-5 hijos

Las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio en las mujeres atendidas, son la ruptura prematura de membrana, pre eclampsia, infección del tracto urinario, sufrimiento fetal e infecciones puerperales respectivamente pero el porcentaje es mínimo ya que las gestantes acuden a sus controles prenatales y son referidas a tiempo a un hospital de mayor nivel de atención.

ABSTRACT

The present fact-finding work is a quantitative, descriptive study, Retrospective, of transverse , realized cut for the sake of knowing crush the pregnancy's complications and puerperium in women assisted in the hospital II ESSALUD – TARAPOTO. The population was shaped for 600 gestantes and he shows her it was based of 300 gestantes.

The data anthology was obtained through the case histories and of the ID card comparison perinatal of the pregnant woman, through an opinion poll and list designed for the authoresses.

The following Was gotten as a result: In the characteristics sociodemográficos he shows us than them occupation gestante, the 47.7% Mistresses come from house,the 36.6% working and the 16 % They are students and the 82,0 % They have ages 20-35 . He met Of these pregnant women tan 63.0% tienen 1- 3 hijos y el 33.7% and the 3.3 4-5 children

the pregnancy's principal complications, I depart and puerperium in the women assisted, they are the premature membrane, infection rupture of the urinary tract, fetal suffering and puerperal infections respectively but percentage is minimal right now than them gestantes proceed to his prenatal controls and music referred on time.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II TARAPOTO-ESSALUD. MAYO 2012 – ABRIL DEL 2013.

I. INTRODUCCION.

1.1. Marco Conceptual

Tradicionalmente se ha considerado que el embarazo es un proceso fisiológico natural que debería desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, tanto uno como el otro pueden presentar complicaciones graves que ocasionan enfermedades, complicaciones y en última instancia la muerte de la madre, el feto o el recién nacido. (1)

El embarazo en la mujer y sus complicaciones aun siguen siendo un problema de salud pública por el alto impacto en la sociedad, por lo que es de vital importancia ampliar los conocimientos y riesgos que inciden en la actualidad.(1)

Las complicaciones obstétricas son los problemas de salud que se producen durante el embarazo, parto y puerperio. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo. (1)

Es importante considerar que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio se presentan como un problema persistente en el conjunto de los países subdesarrollados. De modo particular, la más afectada es la población infantil, que constituye por ello, junto con las embarazadas, uno de los denominados “grupos de riesgo”. (1)

En complicaciones obstétricas existen factores de riesgo que ponen en riesgo la vida de la mujer como son la edad, la disponibilidad de los recursos económicos, la falta de control prenatal, así como la dificultad al acceso a los servicios de salud; dando pauta al desencadenamiento de complicaciones (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año a nivel mundial unas 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo. Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas se encuentran las hemorragias, infecciones y enfermedades de hipertensión arterial durante el embarazo. (2)

A diario mueren 1600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De estas 585.000 mujeres - como mínimo mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo.

A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada. 100,000 nacidos vivos. (3)

En países en desarrollo, entre 1990 y 2000 la proporción de partos asistidos por personal capacitado aumento del 42% al 52% lo que indicaría una eventual reducción del número de muertes maternas. La mayor parte de las muertes y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o mas de las tres circunstancias siguientes; el reconocimiento de las complicaciones, la llegada la centro medico o la prestación de atención de calidad. Los esfuerzos para prevenir estas demoras son especiales para salvar la vida de ambas. (3)

Estudios revelan que en América Latina y el Caribe, aproximadamente una de cada cinco gestaciones experimenta complicaciones como son presión arterial alta, hemorragias, obstrucción del parto o infecciones uterinas.(4)

En el 2001, México registró más de 2.7 millones de embarazos y el 35.5% presentó factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (5)

En el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo parto y puerperio, 856 mujeres sufren alguna complicación en el embarazo, a pesar de los avances, las cifras no logran revertirse (2000: 265 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos y en 2010: 103 muertes por cada 100,000 nacidos vivos) manteniendo al Perú en un triste 3º lugar, después de Haití y Bolivia. Estas cifras son promedios y esconden las brechas y las mayores cifras que existen en los lugares más alejados del país. (6)

En el Perú el 30% de las mujeres afronta complicaciones durante el embarazo y el problema es mayor en zonas rurales, sin duda el futuro de un niño depende de la etapa de gestación y los cuidados alimenticios de la madre. (7)

El embarazo tiene consecuencias adversas tanto de tipo físico como psicosocial, especial en la más jóvenes de 15 a 16 años y sobre todo a las pertenecientes clases sociales más desfavorecidas, ya que utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, depresión y dificultad en la relación asistencial. (8)

En el parto es donde suelen suceder la mayoría de las complicaciones como la posición podálica o durante el alumbramiento, es decir el no salir completamente la placenta de la cavidad uterina. O a un después

del parto, mujeres que no han tenido cuidados necesarios e hicieron esfuerzos que la conllevaron a infecciones puerperales. (9)

1.2. Antecedentes:

INTERNACIONALES

- **VILA** en el año 2007, en su estudio realizado en Cuba sobre “complicaciones en la gestación y parto” en el municipio de tunas, se tomo como muestra a 272 embarazadas las cuales asistieron a su control de embarazo en el hospital docente los resultados encontrados fueron que 100 gestantes padecían infección del tracto urinario, 40 pre eclampsia y 25 de ellas en su parto sufrimiento fetal. (10)
- **GONZALES**, Mariano en el año 2008, en su estudio realizado en el hospital san Juan de Dios en el municipio de Esteli , NICARAGUA sobre “nivel sociodemográfico en relación con la Embarazo y sus complicaciones ” en el servicio de ginecobstetricia con una población de 100 gestantes de los cuales 50 pacientes en cuanto a la ocupación según las entrevistas realizadas, la mayor parte de ellas son amas de casa, con un 85%y 15% son obreras con una edad de 17 y 19 años con estado civil convivientes y según el nivel de escolaridad 20% de primaria incompleta 30% de primaria completa, 25% de secundaria, 15% secundaria incompleta y 10% . (12)

NACIONALES:

- Se realizó el estudio titulado “Factores de Riesgos Obstétricos en el Embarazo” de tipo observacional, descriptivo, de prevalencia, realizado de manera retrospectiva en el Hospital Dos de Mayo durante el año 2003; teniendo los siguientes resultados, la infección del tracto urinario, el desprendimiento prematuro de placenta, el trabajo de parto prolongado son las complicaciones de mayor riesgo.(12)
- **RODRIGUEZ**, en el año 2008 en su estudio realizado en Huamanga sobre “complicaciones en el embarazo asociados con factor sociodemográficos” con una población de 100 gestantes, los resultados encontrados fueron que 35% de estas gestantes sufrían anemia, 30% de ellas tenían embarazo parto prematuro, 20% amenaza de aborto y el 15 no tenían ninguna complicación de las cuales 30% tenían un grado de instrucción de primaria completa, estado civil solteras con un nivel socioeconómico bajo. El 10% de las restantes estaban entre las edades de 30- 40 años convivientes, grado de instrucción primaria incompleta y nivel socioeconómico bajo. (12)

1.3. Bases teóricas

1.3.1. EMBARAZO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o

6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (13)

1.3.2. PARTO

El trabajo parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos. La duración del parto depende de la interrelación y coordinación de los factores del parto, relacionándose a otros parámetros como: multiparidad, nuliparidad y edad.(13)

N: 12 – 18 hrs.	M: 4 – 6 hrs.
-----------------	---------------

1.3.2.1 PERIODOS DEL PARTO

1.3.2.1.1 PERIODO DE DILATACIÓN

Empieza cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficiente para iniciar un rápido borramiento y la dilatación del cuello uterino, y termina cuando el cuello se ha dilatado completamente. (13)

a) CARACTERISTICAS:

A medida que la dilatación cervical progresa la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas aumentan gradualmente, al final del

periodo de dilatación los valores promedios son: N: 8 – 12 hrs. M: 4 – 6 hrs.

- Intensidad de 41 mmHg
- Frecuencia de 4,2 contracciones cada 10 minutos
- La actividad uterina media es de 187 unidades Montevideo
- Tono uterino medio de 10 mmHg.

b) FORMACIÓN DEL SEGMENTO INFERIOR:

Durante el trabajo de parto el segmento inferior completa su formación intensificando los mismos mecanismos para el embarazo.

En el momento de iniciarse el parto el útero se divide en tres zonas: el superior, representado por el cuello; una intermedia, el segmento inferior, y, por debajo de esta el cuello. Las dos últimas unidas y dilatadas al final del parto forma el canal cervicosegmentario.

El cuerpo, verdadero motor del útero, trata de expulsar al feto al contraerse mientras que la región cervicosegmentaria se deja distender constituyendo una vía de tránsito.

Durante el curso del parto las dimensiones del segmento inferior se modifican. Al encajar la presentación el anillo de Bandl se encuentra a la altura del plano del estrecho superior midiendo el segmento de 7 a 10 cm. cuando la dilatación se completa, y debido a que el cuerpo ha continuado su retracción, el segmento inferior adquiere una longitud 12

cm., con lo que el anillo de Bandl asciende a nivel entre el ombligo y el borde superior de la sínfisis.

c) EXPULSIÓN DEL TAPÓN MUCOSO

La pérdida por la vulva una sustancia mucosa espesa, de aspecto herrumbroso, a veces con estrellas sangrientas, indica la expulsión del tapón mucoso o limos, que durante el embarazo ocupa El cérvix y con la dilatación se desprende. Incluye un signo de iniciación del trabajo de parto en nulípara.

d) BORRAMIENTO Y DILATACIÓN DEL CUELLO

❖ BORRAMIENTO:

Se los interpreta la continuación natural de la formación del segmento inferior, que se va ampliando por la inclusión del cérvix.

El borramiento precede, sobre todo en la nulípara, a la dilatación del cuello. Este hecho se cumple por la disminución gradual de su espesor, este de arriba hacia abajo, hasta reducirse al orificio externo, el borde es delgado.

En la multípara el borramiento del cuello suele producirse simultáneamente con el proceso de dilatación y finalizar recién cuando éste último se ha completado.

❖ **DILATACIÓN DEL CUELLO:**

Las contracciones de la fibra muscular que se producen para el trabajo del parto, acortan uniformemente los espirales traccionando las partes situadas por debajo.

La pared muscular del fondo que cubre al feto no puede deslizarse hacia abajo, por lo que más bien se desempeña como punto fijo a partir del cual se realiza la tracción de las paredes inferiores en forma progresiva a medida que la onda contráctil invade la parte media, el segmento y el cuello.

A medida que progresa la actividad contráctil, el cuerpo uterino se engruesa y se acorta, mientras el segmento inferior se distiende y adelgaza, el cuello se acorta primero y se dilata seguidamente en forma progresiva.

❖ **LA FORMACIÓN DE LA BOLSA DE LAS AGUAS**

Las contracciones uterinas actúan sobre todo en el inferior del huevo, deslizando y haciéndolo deslizar hacia abajo. Cuando se realiza tacto vaginal en el curso de la dilatación antes de la rotura de las membranas, se comprueba en cada contracción el polo inferior del huevo desprendido bombea más o menos energía durante todo el tiempo que dura la misma. La membrana de las aguas está constituida por dentro por el amnios y el corion por fuera.

1.3.2.1.2 PERIODO EXPULSIVO

Se inicia cuando se completa la dilatación del cuello uterino y finaliza cuando el feto es expulsado fuera de los genitales maternos.

a) CARACTERÍSTICAS:

Un síntoma muy confiable que indica el inicio del segundo periodo, es cuando la mujer siente deseos de pujar (provocado por la compresión que ejerce la cabeza del feto sobre los nervios pélvicos y el recto sigmoides).

- INTENSIDAD: Hasta 47mmhg.
- FRECUENCIA: 5 cada 10 minutos promedio.
- ACTIVIDAD UTERINA: 235 Unidades Montevideo
- TONO: 12 mmhg. Promedio.
- DURACION: Primíparas: En promedio. 30 a 45 minutos - Multíparas: En promedio. 15 a 20 minutos

b) ESFUERZO DE PUJO O PUJOS:

Los pujos son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácica y abdominal (rectos anteriores, oblicuos y transversos). En el periodo expulsivo los pujos refuerzan la propulsión fetal causada por las contracciones uterinas.

❖ **PUJOS ESPONTÁNEOS:**

El pujo fisiológico está precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cierra parcialmente durante la contracción de los músculos espiratorios. Cada pujo causa una rápida y breve elevación de la presión abdominal, la que se transmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina. En los registros de la presión intrauterina, los bruscos aumentos causados por cada pujo se superponen a la elevación de presión mucho más lenta y prolongada causada por la contracción uterina.

Durante cada contracción uterina se producen entre 2 y 6 pujos (promedio: 4 pujos). En cada parto este número no aumenta con el progreso del periodo expulsivo. La amplitud de los pujos tiene un valor promedio de 60 mmHg. Sumados a la intensidad de la contracción uterina (48 mmHg) y al tono uterino (12 mmHg), los pujos elevan la presión intrauterina a un valor total de 120 mmHg.

❖ **PUJOS DIRIGIDOS:**

Son conducidos por quien atiende el parto. Usualmente se instruye a la parturienta para que cierre totalmente la glotis y pujan fuerte, sostenida y prolongadamente durante el mayor tiempo posible. Durante este periodo la madre está apnea, lo que perturba el aporte de oxígeno a sus tejidos y a los fetos así como la eliminación del CO₂ de ambos. Además el

aumento prolongado de la presión toracoabdominal eleva la presión venosa y capilar materna, causando a veces la “máscara equimótica” del parto.

1. 3.2 .1.3 PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

Se inicia con el nacimiento del niño y termina con la expulsión de la placenta y sus membranas.

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los períodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar que tanto la madre como el bebé sufran daño alguno.

El útero disminuye de volumen, la madre siente alivio, inicialmente disminuyen las contracciones.

Tiene una duración entre 5 y 30 minutos, el cual es independiente de la paridad de la madre. Pasado los 30 minutos aumenta la incidencia de hemorragia postparto. N: 40 – 50min. M: 20 – 30min.

a) Signos del Desprendimiento Placentario

- El fondo uterino adopta una forma globulosa.
- El fondo adquiere una consistencia firme.
- Se produce una hemorragia vaginal.
- Cordón Umbilical.

b) Pérdida Sanguínea

La hemorragia fisiológica promedio durante el tercer período es de unos 300 – 500 ml Toda hemorragia superior a 500 ml. se interpreta como una hemorragia patológica.

1.3.2 PUERPERIO

Es el periodo comprendido desde la expulsión de la placenta (alumbramiento) hasta la regresión paulatinamente de todos los órganos y estructuras que sufrieron modificaciones durante la gestación a su estado inicial, a excepción de la glándula mamaria que alcanza gran desarrollo al iniciarse la lactancia. La duración del puerperio varía entre 6 a 8 semanas.

1.3.2.1 ETAPAS DEL PUERPERIO

a) Puerperio Inmediato:

Comienza inmediatamente después del alumbramiento y dura las primeras 24 horas.

CUIDADO EN EL PUERPERIO INMEDIATO

(Después de las dos primeras horas en sala de Hospitalización).

❖ **Controlar cuidadosamente los signos vitales:** y dejar constancia escrita de ellas diariamente. En los primeros días del puerperio se mide con gran cuidado la temperatura por que la fiebre suele ser el primer síntoma de la infección. La frecuencia del pulso constituye una guía útil

para precisar la importancia del incremento térmico. Las observaciones de la T° se registra cada 4 a 8 horas.

- ❖ **Involución Uterina:** dado por el descenso diario del fondo uterino de 1 a 2 cm. Cuando hay infección la involución se detiene (sub involución). Las contracciones uterinas puerperales que van provocando la involución del órgano son referidas por la madre como sensación dolorosa tipo cólico, seguido de un periodo de relajación (entuetos). Con este periodo se debe orientar a la madre, la dureza del útero significa que esta contraído y que debe permanecer en ese estado para evitar la hemorragia.
- ❖ **Reposo y Sueño:** Durante el puerperio la mujer necesita reposo abundante y necesitara relajarse y dormir el mayor tiempo posible, las preocupaciones y fatiga inhiben la producción de leche. De debe evitar las visitas durante las primeras horas, pues la púérpera necesita reposo físico y mental. Es conveniente el reposo relativo en cama durante los primeros 6 días después del parto y en lo posible una actividad mínima hasta cumplir los 15 días.
- ❖ **Deambulación Temprana:** El levantamiento temprano al activar la circulación de retorno evita el éxtasis sanguíneo y previene el peligro de complicaciones venosas. Además favorece la función intestinal y vesical, con mayor frecuencia surgen distensión abdominal y estreñimiento; restablece la tonicidad de los músculos abdominales y actual favorablemente en la eliminación de los loquios y la involución uterina. En término de 6 a 8 horas se la alienta en la mayoría de las mujeres sanas a

caminar, después de un parto vaginal y entre las 12 y 24 horas después de una operación cesárea.

- ❖ **Baño:** La mujer en los comienzos del puerperio tiene sudoración abundante, de manera que un baño diario la refresca y calma. El baño se puede realizar tan pronto la mujer deambule, de preferencia baño de ducha, se contraindica los baños de tina por ascensos de microorganismos.
- ❖ **Orina:** La puérpera debe orinar dentro de las 4 primeras horas post parto. Si no orina 100cc. Dentro de las primeras 8 horas, con mucha probabilidad hay un globo vesical y debe ser cateterizado, pero antes se estimulara a la mujer para que orine de manera espontánea con el ruido de agua corriente. Si la mujer no orina en cantidades suficientes serán necesarios el sondeo o cateterismo vesical. La diuresis aumenta entre segundo y quinto día, porque hay aumento de agua extracelular.
- ❖ **Cuidado del Periné:** se observara el estado de la vagina del periné y la zona perineal en busca de signos de su cicatrización o de complicaciones como serias hematomas, equimosis, hinchazón y dolor al tacto. Se realizara la higiene perineal como medio de prevenir las infecciones, promover la cicatrización del periné y mantener la comodidad de la madre. Se identificara el tipo de loquios sean sanguinolentos, serosanguinolentos no serosos, así como su olor y si hay coágulos expulsado
- ❖ **Entuertos:** Luego del alumbramiento el útero presenta contracciones frecuentes e intensas que disminuyen su tamaño y cambian su forma. Esto

se conoce con el nombre de entuertos, que en algunos casos las mujeres lo perciben como cólicos semejantes a los de una menstruación. Durante las primeras 24 horas post parto, las contracciones son intensas, regulares y coordinadas; luego van decreciendo progresivamente aunque aumentan durante el alumbramiento, debido a la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. Las contracciones poco a poco disminuyen y suelen tener mínima intensidad en término de 48 horas después del parto. Si son intensos cabe administrar un analgésico.

- ❖ **Cuidado de los Senos:** el cuidado de los senos se orienta a conservar su limpieza y el uso de sostenes adecuados, necesarios para la función normal y la comodidad de la mujer. La limpieza de pezones se debe realizar con agua pura. Se recomienda no usar jabón en ellos porque la piel de esa zona contiene un antiséptico natural que es el lisosoma. Es importante orientar a la madre respecto a no usar en los pezones alcohol porque tiende a eliminar la grasa y a reseca los pezones que van a producir grietas. La mujer debe levantarse las manos con agua y jabón porque sus dedos se ponen en contacto con el pezón y el seno durante el amamantamiento y de este modo debe tomar precauciones contra la infección.

b). PUERPERIO MEDIATO

Comprende la primera semana después del parto.

CUIDADOS EN EL PUERPERIO MEDIATO (del 2ª al 10º día)

- ❖ **Involución Uterina:** Representada por la regresión uterina; esta regresión afecta su constitución anatómica e histológica, la cavidad uterina se va

estrechando día a día y termina por ser una cavidad virtual, así mismo va disminuyendo su irritabilidad, el 5 día se percibe el fondo uterino a la mitad de distancia entre el ombligo y el borde superior del pubis, al 8 día a dos traveses de los dedos por encima del pubis, al 10mo día encontramos que el orificio interno del cuello suele estar cerrado.

❖ **Derrame Loquial:** Los loquios constituyen el exudado genital que ocurre en las vías genitales durante el puerperio.

➤ ***Loquios sanguíneos o serosanguinolentos***, son eliminados por la mujer en las primeras 24 horas y es pura sangre.

➤ ***Loquios serosanguíneos o serosanguinolentos***, se eliminan desde el 2do día que la sangre se aclara y es serosanguinolentos hasta el 7mo día.

➤ ***Loquios serosos***, desde el 8vo día hasta el 15avo día o más.

❖ **Aparición de la Secreción Láctea:** Suele aparecer al 3er, 4to día del puerperio aunque tiene variaciones individuales. Se produce por acción de la prolactina. La puérpera percibe sus senos tensos dolorosos, hay alza térmica de 37.5°C a 37.8°C, se debe a la bajada de la leche. La secreción láctea es provocada por la hormona prolactina.

c) **PUERPERIO ALEJADO**

Comprende de 10 a 45 días después del parto.

CUIDADOS DEL PUERPERIO ALEJADO (11ª A 42ª DÍA)

- Es sumamente importante que el profesional que asista al segundo control de puerperio efectuado a los 30 días del parto tenga en cuenta que esta evaluación probablemente pueda ser el último contacto de la puérpera con el equipo obstétrico neonatal hasta su próximo embarazo.
- Lo que en este examen no se ha detectado y tratado oportunamente repercutirá en la madre y se pondrá en evidencia cuando la misma concorra con su nuevo embarazo. Lo mismo se aplica para el niño.
- Es por ello que en esta entrevista además de la consejería en nutrición, lactancia y anticoncepción, se realizara un examen clínico general, examen ginecológico y de laboratorio, con miras a la prevención de las secuelas alejadas del parto que puedan invalidarla, familiar y laboralmente.
- Este último control, para evitar oportunidades perdidas, debe considerarse como el cuidado preconcepcional de próximo embarazo, por lo tanto muchos de los contenidos educativos deben brindarse en esta oportunidad. En aquellas mujeres que no se completaron su esquema de vacunación, especialmente en lo referente a inmunización contra el tétano, hepatitis B y rubeola.

d) PUERPERIO TARDÍO: Comprende más de 45 días.

CUIDADOS DEL PUERPERIO TARDIO DESDE LOS 43ª HASTA COMPLETARSE EL AÑO.

Corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado, ósea después de los 42 días del parto Y se extiende hasta que se desaparezca todos los cambios fisiológicos producidos por la gestación los cuales tienen una amplia variabilidad y depende fuertemente de la duración de la lactancia materna. La insistencia sobre los cuidados de este periodo tardío del pos parto se debe a la comprobación de que muchas patologías vinculadas al proceso de gestación trascienden los límites clásicos de los 42 días de finalizado el puerperio.(13)

- La ignorancia de ocurrencia de discapacidades y hasta de alguna muerte materna durante el periodo puerperal tardío lleva a que algunos servicios no le presten la atención suficiente.
- Una baja cantidad de cuidados ofrecidos durante el puerperio tardío reduce actividades a la promoción de salud y a la detección temprana y de adecuada manejo de los problemas y enfermedades.

1.3.4 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

1.3.4.1. AMENAZA DE ABORTO

Presencia de metrorragia de cuantía variable que puede estar o no acompañada de dolor cólico hipogástrico en una gestación potencialmente viable. (14)

Causas

Aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas experimentan algún tipo de sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales durante el primer trimestre del embarazo. Esto se conoce como amenaza de

aborto. Sin embargo, la mayoría de estos embarazos llegan a término con o sin tratamiento. El aborto espontáneo ocurre en menos del 30 % de las mujeres que experimentan sangrado vaginal durante el embarazo. (14)

En aquellos casos que resultan en abortos espontáneos, la causa usual es la muerte fetal, que generalmente es el resultado de una anomalía cromosómica o del desarrollo del feto. En los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación. El aumento del riesgo de aborto se relaciona con la edad de la madre superior a los 35 años, mujeres con una enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea) y aquellas con antecedentes de tres o más abortos espontáneos. (14)

Manejo y Tratamiento

Se puede recomendar el reposo en cama o el reposo pélvico (abstenerse de relaciones sexuales, duchas vaginales, uso de tampones), aunque no hay evidencia que muestre que esto realmente reduce la tasa de abortos espontáneos. (14)

El uso de la progesterona es controvertido y su beneficio potencial está relacionado con la relajación de los músculos lisos, incluyendo los músculos del útero. Sin embargo, esto puede aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anormal. A menos que haya un

defecto de la fase lútea, no se deben usar suplementos de progesterona.
(14)

1.3.4.2. INFECCION DEL TRACTO URINARIO

Se considera una de las afecciones más frecuentes asociada al embarazo, de ahí la necesidad de conocerse y atenderse oportuna y correctamente por la importancia que conlleva el desarrollo y terminación del embarazo así como en el puerperio. No es más que un proceso, como resultado de la invasión y desarrollo de bacterias en el tracto urinario pudiendo traer consigo complicaciones tanto materna como para el producto de la concepción. (15)

Definiremos como "Infección Urinaria Alta" aquella que se localiza a nivel del parénquima renal, sistema pielocalicial y uréter y como "Infección Urinaria Baja" a nivel de la porción inferior del uréter, vejiga y uretra.
(15)

Fisiopatología

Se considera que la mayoría de las infecciones representan la contaminación ascendente desde el perineo a través de la corta uretra femenina. La relación sexual aumenta el riesgo de bacteriuria, posiblemente a través del repetido trauma uretral. El embarazo predispone el desarrollo de pielonefritis aguda por la presencia de bacteriuria asintomática y la estasis urinaria dados por los cambios hormonales en el embarazo que llevan a dilatación de uréteres y pelvis

renal, disminución de peristaltismo uretral, disminución del tono vesical.(15)

Manejo y tratamiento

En la bacteriuria asintomática y cistitis es ambulatorio. En el segundo de los casos se solicita urocultivo y se inicia tratamiento de acuerdo a cuadro clínico, hasta que lleguen los resultados de este. Recomendar mayor ingesta de líquidos y usar tocolisis si hubiera necesidad.

- Se usa nitrofurantoína 100 mg VO cada 6 horas por 10 días, por su alta concentración en orina (no usar en el último trimestre), o
- Cefalexina 500 mg VO cada 6 horas por 10 días (de preferencia en el tercer trimestre), o
- Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas por 10 días o
- Ácido nalidíxico 500 mg VO cada 6 horas por 10 días.

Pielonefritis aguda: Hospitalización, líquidos intravenosos, monitorización de diuresis, creatinina.

1.3.4.3. PREECLAMPSIA LEVE

Presión arterial mayor de 140/90 mm de Hg y menor a 160/110, albuminuria de 0.3 a 2 grs en orina de 24 horas o proteinuria + con test de ácido sulfosalicílico y a veces edema de aparición variada. Generalmente es asintomática. Su frecuencia en el Hospital Regional en 2010 fue de 1.5%. (16)

Manejo

- Reposo relativo en decúbito lateral izquierdo ó semisentada con piernas ligeramente elevadas.
- Dieta hiperproteica, normosódica
- Control diario de movimientos fetales.
- Control peso diario en ayunas
- Control de movimientos fetales.
- Monitoreo fetal electrónico NST- PBE
- Ecografía: Crecimiento fetal y líquido amniótico.
- Flujometría doppler
- Enseñar los signos de alarma correspondientes.

En menores de 37 semanas si hay mejoría, continuar el embarazo. Si permanece estacionaria o empeora el cuadro, decidir en Junta Médica la vía para terminar la gestación.

En mayores de 37 semanas se indica terminar la gestación, Si las condiciones son adecuadas se inducirá el parto. Si hay RCIU o sufrimiento fetal o inducción fallida se realizará cesárea.(16)

1.3.4.4. PRE ECLAMPSIA SEVERA

Presión arterial igual o mayor a 160/110 mm de Hg, albuminuria mayor de 2 grs en orina de 24 horas o proteinuria ++ o +++ con la prueba de ácido sulfosalicílico. Presencia de otros signos y/o síntomas, que pueden ser independientes de valores de presión arterial: edema generalizado, edema pulmonar, disfunción hepática, trastornos de coagulación, anuria u oliguria, cefalea, visión borrosa, tinitus, epigastralgia,

oligohidramnios severo (por ecografía), creatinina > de 1.2mg/dl. Su frecuencia en el Hospital Regional en el 2010 fue de 1.6%. (17)

Manejo

- Hospitalización
- Evaluación clínica inmediata del estado materno y fetal
- Manejo multidisciplinario Abrir vía EV (cateter N° 18) con Cl Na 9 o/oo
- Fluidoterapia*: 100-250cc en una hora.
- Sulfato de Magnesio (20 % 10 ml) 4 gr EV diluido en 100 cc: pasar en 10 – 20 minutos.
- Luego 1 a 2 gr cada hora, ajustando la dosis en función de los controles.
- Dosis máxima: 30 gr. en 24 horas.
- Gluconato de Calcio 10 % (10 ml) en caso de toxicidad por SO₄Mg, EV en 2 minutos. Puede repetirse cada hora, dosis maxima 16 gr/24 horas.
- _toxicidad: abolición de ROT, frecuencia respiratoria < 12 por min., paro cardio respiratorio, diuresis menor de 25 ml/hora.
- Iniciar antihipertensivos si a pesar de 30' con sulfato de magnesio la PAS > 160 y/o PAD > 110.

- Nifedipino: Solo usar VO 10 a 20 mg como dosis inicial, repetir si es necesario en 30' y luego cada 4 a 6 horas según evolución.
- Furosemida: 20 a 40 mg EV en casos excepcionales como edema pulmonar agudo, insuficiencia cardíaca, oligoanuria.
- Si se logra controlar la presión arterial y no ocurren las consideraciones previas, entonces la conducta depende de la edad gestacional.
- Gestante menor de 34 semanas: Administrar betametasona 12 mg IM cada 24 horas (2 dosis).
- Como 2da opción dexametasona 6 mg IM cada 12 horas (4 dosis). Luego parto a las 48 horas.
- Si el embarazo prosigue no repetir corticoides prenatales.
- La vía de elección del parto es la vaginal, espontáneo ó inducido, salvo las contraindicaciones habituales.

1.3.4.5. PARTO PREMATURO

Se llama parto prematuro, cuando las contracciones causan que el cuello uterino (la abertura inferior del útero) se adelgace y se abra, antes de tres semanas de la fecha estimada de nacimiento. Más de seis contracciones uterinas en una hora es una señal de advertencia de parto prematuro. Las contracciones pueden sentirse como que se le aprieta el útero o que su bebe se está “haciendo en una bola”. Cólicos estomacales con o sin diarrea o cólicos que sean como los cólicos

menstruales, ya sean constantes o que van y vuelven, pueden ser señales de parto prematuro. Un aumento o cambios en el flujo vaginal, sensación de presión que se siente, como si él bebe estuviera empujando hacia abajo o, un dolor sordo bajo en la espalda, también, son señas de parto prematuro. No es fácil saber si usted está teniendo parto prematuro. (18)

Causas

Muchas veces no se sabe la causa del parto del parto prematuro. Nacimiento prematuro previo, gemelos o triples, uno o más abortos o malpartos durante el segundo trimestre, un cuello uterino o útero anormal, infección, estar baja de peso, fumar, cocaína y la falta de cuidado prenatal son razones por las cuales, una mujer puede tener un parto prematuro. (18)

1.3.4.6. PLACENTA PREVIA

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. ⁽¹⁹⁾

Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel. (19)

Fisiopatología:

En el último trimestre del embarazo, el istmo del útero se despliega para constituir el segmento más bajo del útero. Esos cambios en el segmento inferior del útero parecen ser los iniciadores de la hemorragia clásica del tercer trimestre. (19)

Un embarazo normal la placenta no se sobrepone al istmo, por lo que no hay mayor sangrado durante el embarazo, Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, por lo general abundante. (19)

La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto y Cuando esto ocurre, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos. (19)

Tipos

- **Tipo I, lateral o baja:** La placenta invade el segmento inferior del útero, pero el borde inferior no llega al orificio cervical.
- **Tipo II, marginales o periféricas:** La placenta toca, pero no rebasa, la parte superior del cuello del útero
- **Tipo III o parcial:** La placenta obstruye parcialmente la parte superior del cuello del útero

- **Tipo IV o completa:** La placenta cubre completamente la parte superior del cuello del útero

Manejo

Factores coadyuvantes:

- Determinar estado hemodinámico.
- Edad gestacional
- Maduración pulmonar fetal
- Evolución de la hemorragia
- Vía de parto: CESAREA

Estabilización hemodinámica de la paciente.

- En paciente estable:
- Hospitalización
- Hemoglobina seriada
- Corticoterapia (según edad gestacional)
- Vía de parto y momento según evolución y precisión ecográfica.

1.3.4.7. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Rotura espontánea de las membranas ovulares después de las 20 semanas de la gestación y antes del inicio del trabajo de parto. Se llama rotura prolongada cuando esta tiene más de 24 horas. En la madre puede llevar a corioamnionitis. (20)

Fisiopatología

a) Aumento de la presión intraamniótica

La relación entre la presión intraamniótica y la tensión de las membranas viene definida por la ley de Laplace, esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo inferior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, por lo que es el radio de la dilatación el que fundamentalmente determinará los incrementos de tensión no compensados a nivel del orificio cervical, siendo éste el punto habitual de rotura. Sólo en caso de presiones intrauterinas muy elevadas, sin dilatación cervical, podría darse una rotura en puntos más altos. (20)

b) Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica

La bolsa de las aguas está constituida por dos capas: el amnios y el corion. Ambas capas están yuxtapuestas y presentan la capacidad de deslizamiento de una sobre otra. Esta estructura posee la capacidad de mantenerse íntegra hasta fases avanzadas del parto. La actividad de enzimas proteolíticas, colagenasas y elastasas debilitaría su resistencia y precipitaría la rotura ante pequeños incrementos de presión. (20)

c) Acciones traumáticas sobre la bolsa de las aguas:

Adherencias entre el corioamnios y decidua, lo que produciría un estiramiento corioamniótico al desplegarse el segmento uterino inferior, el crecimiento uterino y las contracciones. Esto incrementaría la tensión

de la bolsa y facilitaría su rotura. (20)

- Traumatismos externos (3%): Tacto vaginal, amnioscopia, etc.
- Traumatismos internos: Movilidad del feto sobre el polo inferior ovular. Más teórico que real.

Manejo y tratamiento

- Hospitalización.
- Abrir vía e hidratación.
- Reposo relativo.
- Evitar tacto vaginal innecesario. Colocar apósito genital estéril.
- Antibioticoterapia a partir de las 6 horas de RPM:
 - Cefazolina 1 gr endovenoso cada 6 a 8 horas por 24 horas y luego 500 mg vía oral cada 6 horas, ó
 - Ampicilina 1 gr endovenoso cada 6 horas por 24 horas y luego 500 mg vía oral cada 6 horas, ó amoxicilina en igual dosis, ó
 - En caso de alergia a penicilinas eritromicina 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Estos esquemas son recomendables no administrarlos por más de una semana seguida ante el peligro de la resistencia bacteriana. Cuando se desencadena el trabajo de parto o se proceda a cesárea se repetirá el esquema y luego se continuará la vía oral por 5 días más.

1.3.4.8. RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Peso estimado fetal está por debajo del peso mínimo esperado para su edad gestacional (Percentil 10). Es simétrico o de tipo I cuando los parámetros antropométricos mantienen una proporción adecuada (asociada a patologías de inicio de embarazo: patologías cromosómicas o infecciosas) y es asimétrico o de tipo II cuando existe compromiso predominante de la circunferencia abdominal con respecto al diámetro biparietal o el fémur (generalmente asociado a insuficiencia placentaria). (21)

Fisiopatología

Madres con RCIU idiopático tienen, cerca del término del embarazo, menor volumen plasmático, menor débito cardíaco, y mayor resistencia vascular periférica que madres portadoras de fetos considerados adecuados para la edad gestacional, por expansión disminuida. La expansión de volumen plasmático durante el embarazo está influenciada por diversos factores hormonales, particularmente por la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Se observa que las madres con RCIU presentan una disminución significativa en los niveles circulantes de actividad de renina plasmática, aldosterona, progesterona y estradiol. Asimismo, disminución significativa en la excreción urinaria de diversas sustancias vasoactivas, tales como 6-keto-PGF1a, el metabolito estable de la prostaciclina, tromboxano B2 y calicreína. (21)

Manejo y tratamiento

- Dieta hiperproteica y el reposo decúbito lateral izquierdo pueden mejorar el flujo útero placentario.
- Tratamiento debe ser individualizado y, de ser posible, manejar la etiología. Betamiméticos mejoran la perfusión útero placentaria.
- Limitar el ejercicio y la actividad sexual.
- Pruebas de bienestar fetal estrictas y seriadas (movimientos fetales, pruebas no estresante, estresante y perfil biofísico ecográfico).
- Se terminará la gestación preferentemente por cesárea, por la poca tolerancia de estos fetos al stress del parto, cuando se haya completado la madurez pulmonar, exista indicación materna o los criterios ecográfico indiquen deterioro del bienestar fetal (oligohidramnios severo, perfil biofísico menor de 6).
- Alta 24 horas después del parto o 72 horas post cesárea, si no hubieran complicaciones.

1.3.5 COMPLICACIONES EN EL PARTO

1.3.5.1 HEMORRAGIA INTRAPARTO

Tradicionalmente se ha definido la hemorragia postparto como una pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y mayor de 1000 cc después de una operación cesárea. (22)

La hemorragia postparto primaria es causada por atonía uterina en el 80% de los casos. Otras etiologías corresponden a retención de

placenta, especialmente por acretismo, la inversión uterina, defectos en la coagulación y traumas en el canal del parto. (22)

La hemorragia postparto secundaria puede explicarse por subinvolución del lecho placentario, retención de placenta, infecciones y defectos en la coagulación. (22)

Manejo

La clave para el manejo de la hemorragia postparto es el reconocimiento y diagnóstico rápido, la restauración del volumen y la búsqueda simultánea de la causa. La gran mayoría de los casos podrá manejarse sin intervención quirúrgica a excepción de la ruptura uterina o el trauma genital. (22)

El retraso en las intervenciones terapéuticas es el marcador de mal pronóstico.

El manejo se puede orientar en cuatro tipos de acción que deben ocurrir simultáneamente:

1. Comunicación
2. Resucitación
3. Monitoreo e investigación
4. Detención del sangrado

1.3.5.2 TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Alteración del trabajo de parto caracterizado por la falta de progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, prolongándose por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. (23)

Fisiopatología

Se caracteriza por una detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración. La frecuencia es de 0.33% a 1.5% de los partos . (23)

1.3.5.3 SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Síndrome caracterizado por una alteración de la homeostasis fetal debido a una disminución en el intercambio materno fetal, manifestándose por alteración de la frecuencia cardíaca fetal, presencia de líquido amniótico meconial e hipoxemia fetal; de evolución rápida y que puede llevar a la muerte fetal. Se presenta en el 5 a 15 % de gestaciones. (24)

Manejo y tratamiento

- Hospitalización inmediata y monitoreo electrónico fetal.
- Evaluar estado general materno y condiciones obstétricas.

- Terminar gestación por cesárea salvo que paciente se encuentre en inminencia de parto; en ese caso se puede intentar la vía vaginal, instrumentado por fórceps o vacuum, si no hay disponibilidad de cesárea inmediata.
- Alta 24 horas después del parto o 72 horas post cesárea, si no hay complicaciones.

1.3.6 COMPLICACIONES DEL PUEPERIO

1.3.6.1 INFECCIONES PUERPERALES

Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesárea. (25)

Fisiopatología

La etiología de la infección puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado o

condiciones generales de resistencia disminuida en el huésped, aumentan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.(25)

Manejo

- Reposo en cama.
- Asegurar una hidratación adecuada vía oral o IV.
- Ambiente ventilado, fresco.
- Si es necesario, utilizar medios físicos (ej. esponja empapada en agua), para ayudar a bajar la temperatura.
- Si se sospecha choque, iniciar el tratamiento correspondiente inmediatamente. Aún si no hay signos de choque presentes, tenerlo en mente mientras se evalúa a la mujer, puesto que su estado general puede empeorar rápidamente. (25)
- Transfundir según la necesidad. Utilizar concentrado de eritrocitos, si los hay disponibles.(25)
- El tratamiento médico debe preceder y acompañar al tratamiento quirúrgico. Tener siempre en cuenta que la movilización del foco por

maniobras manuales o instrumentales puede desencadenar la propagación de la infección. (25)

1.3.6.2 ANEMIA

La anemia postparto o del puerperio es un problema recuente en todo el mundo y en la mayoría de los casos se auto resuelve en la primera semana. Pero la anemia puerperal también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas. (26)

Manejo

Los casos de anemia puerperal leves y moderados se tratarán con ferroterapia oral, los objetivos del tratamiento son la recuperación de la masa hemoglobínica y la normalización de las reservas de hierro. La administración oral de compuestos de hierro simple, sulfato ferroso. (26)

Transfusiones

Las transfusiones han sido y son ampliamente utilizadas para el tratamiento de la anemia grave durante el puerperio, pero a pesar de los avances realizados en hemoterapia y de las medidas de control establecidas, no están exentas de riesgos. (26)

1.3.6.3 MASTITIS

Mastitis significa inflamación de la mama. Puede ser causada por una obstrucción mamaria que no ha sido tratada (parte de la leche de los

conductos detrás de la obstrucción puede ser forzada hacia el tejido mamario adyacente, haciendo que el tejido se inflame), una infección o una alergia. (27)

Causas

- Grietas en el pezón – los organismos infecciosos (virus, hongos o bacterias) pueden entrar en el pecho a través de estas grietas.
- Un sistema inmune debilitado.
- Exposición a organismos infecciosos en el hospital – este tipo de infección suele ocurrir en ambos pechos y el bebé suele ser menor de 2 semanas de edad.

Manejo

- Los masajes y la aplicación de calor húmedo sobre el seno antes de la lactación pueden contribuir a abrir los conductos de la glándula mamaria.
- Las compresas frías pueden ser usadas para aliviar el dolor mientras no se esté amamantando, aunque lo apropiado es reducir la cantidad de leche en el seno, por lo que es recomendable que el bebé o con extractores por la madre misma, si se está tomando antibióticos no deje de amamantar del seno afectado. (27)
- De modo que el limpiar los mocos, en especial líquidos, puede ayudar a prevenir una recurrencia. En los casos más severos puede ser

necesaria la interrupción de la lactancia y el uso de medicamentos que supriman la producción de leche materna.(27)

1.3.7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **SALUD:** Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.(28)
- **FECUNDACION:** también llamada singamia, es el proceso por el cual dos gametos (masculino y femenino) se fusionan para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos progenitores. Los dos fines principales de la fecundación son la combinación de genes derivados de ambos progenitores y la generación de un nuevo individuo (reproducción).(28)
- **CIGOTO:** En biología, se denomina cigoto o huevo a la célula resultante de la unión del gameto masculino (espermatozoide o anterozoide) con el gameto femenino (óvulo) en la reproducción sexual de los organismo.(28)
- **GESTACIÓN:** periodo de tiempo comprendido desde la fertilización del ovulo hasta en parto. (28)
- **PARTO:** es la culminación del embarazo humano como el periodo de salida del infante del útero materno (28)

- **EXPULSIVO:** También llamado período de pujar .Es el paso del recién nacido a través del canal del parto (28)
- **PUERPERIO:** Etapa clínica que comienza después de la salida de la placenta que influye clásicamente las siguiente 6 semanas, cuya característica fundamental es la regresión progresiva anatómica y funcional de todas las modificaciones gravídicas (28)
- **LOQUIOS:** Es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario.(28)
- **NUTRICIÓN:** estudio de los alimentos en relación al crecimiento y mantenimiento de los órganos vivos. (28)
- **COMPLICACION OBSTETRICA:** son las complicaciones que se presenta durante el trabajo del parto ya sea para la madre o el producto. (28)

1.4. JUSTIFICACION.

El presente trabajo de investigación tiene relevancia ya que nos permitirá conocer las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes atendidas en el hospital II Tarapoto - EsSalud. Mayo 2012 – Abril 2013.

El embarazo en la mujer y sus complicaciones aun siguen siendo un problema de salud pública por el alto impacto en la sociedad, por lo que

es de vital importancia ampliar los conocimientos y riesgos que inciden en la actualidad. (29)

Las complicaciones obstétricas son los problemas de salud que se producen durante el embarazo, parto y puerperio. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo.(30)

En países en desarrollo las complicaciones obstétricas podrían explicar hasta 50% de la incidencia del retraso de crecimiento intrauterino.(31)

La mayor parte de las muertes y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o mas de las tres circunstancias siguientes; el reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro medico o la prestación de atención de calidad. Los esfuerzos para prevenir estas demoras son especiales para salvar la vida de ambas.(31)

Hoy comprendemos mejor la importancia de los controles pre natales durante el embarazo y así prevenir estas complicaciones que conlleva a las muertes maternas.(32)

1.5. FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en mujeres atendidas en el hospital II Tarapoto - EsSalud. Mayo 2012 – junio 2013?

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERAL

Determinar las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres atendidas en el Hospital II Essalud- -Tarapoto. Mayo 2012 – Junio del 2013.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio.
- Identificar las principales complicaciones del Embarazo en mujeres atendidas en el Hospital II Essalud - Tarapoto.
- Identificar las principales complicaciones del parto en mujeres atendidas en el Hospital II Essalud - Tarapoto.
- Identificar las principales complicaciones del puerperio en mujeres atendidas en el Hospital II Essalud - Tarapoto.

III. HIPOTESIS

3.1. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Las principales complicaciones del embarazo, parto y puerperio en las mujeres atendidas en el hospital II Tarapoto-Essalud. Mayo 2012 – junio 2013, son infección del tracto urinario, sufrimiento fetal e infecciones puerperales respectivamente.

3.2 SISTEMA DE VARIABLES

3.2.1 IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variable:

Y: Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio

3.2.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DEFINICIONES OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMs
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	Son las patologías de la mujer que se presentan durante el embarazo parto y puerperio	Son las diferentes complicaciones que se presenta durante la embarazo.	EMBARAZO	AMENAZA DE ABORTO	SI NO
				ITU	SI NO
				PRE ECLAMPSIA	SI NO
				PLACENTA PREVIA	SI NO
				PARTO PREMATURO.	SI NO
				RPM	
				RCIU	SI NO
				ANEMIA	SI NO
		Son las complicaciones que se presenta durante el trabajo del parto ya sea para la madre o el producto	PARTO	HEMORRAGIA INTRAPARTO	SI NO
				PARTO PROLONGADO.	SI NO
				SUFRIMIENTO FETAL.	SI NO
		Período crítico que transcurre desde el parto hasta los 42 días posparto que pueden ocurrir diferentes tipos de complicaciones	PUERPERIO	INFECCIONES PUERPERALES	SI NO
				ANEMIA	SI NO
				MASTITIS	SI NO
				HEMATOMA	SI NO

III.- MATERIAL Y METODOS.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo.

3.2. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN

Descriptivo Simple de corte transversal

m \longrightarrow i

Donde:

M = La población en estudio

i = Información de las observaciones realizadas

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1. Universo o Población:

Conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital II Tarapoto - Essalud, periodo de Mayo 2012 – junio 2013 que hacen un total de 600 gestantes atendidas.

3.3.2. Muestra.

Representada por el 50% de las gestantes atendidas en el Hospital II Essalud-Tarapoto Mayo 2012 – junio 2013.

3.3.3. Cálculo de la muestra.

El cálculo de la muestra será probabilístico. Las historias clínicas serán seleccionadas al azar cumpliendo con los criterios de inclusión.

3.3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Gestantes que están siguiendo su control en el Hospital II Tarapoto - Essalud

3.3.5. Criterios de Inclusión.

Gestantes que estén dispuestas a colaborar con nuestro proyecto.

3.3.6.UNIDAD DE ANÁLISIS

Una gestante atendida en el Hospital II Tarapoto – EsSalud.

4.4. PROCEDIMIENTO

- El proyecto se llevara a cabo en los periodos de mayo 2012 – abril 2013.
- Se dará inicio con la revisión bibliográfica, haciendo uso de bibliografías escritas y citas en Internet, para enriquecer los conocimientos o bases teóricas sobre la cual girarán nuestras variables.
- Se solicita la colaboración del encargado del área de obstetricia del hospital II tarapoto - essalud, a fin de que nos proporcione el dato exacto del número total de gestantes atendidas en dicho hospital y el registro del libro de partos.

- Se realiza el muestreo correspondiente.
- Se coordinará con el obstetra de turno para que nos facilite información de las gestantes con el libro de partos para poder identificar las diferentes complicaciones presentadas en dicho hospital durante y después del parto, ya que esto facilitara el desarrollo de nuestra investigación.
- Se identificara a las gestantes que presentan cualquier tipo de complicación obstétrica, para trabajar dicho proyecto.
- Se procederá a inspeccionar el Carnet perinatal de cada gestante, con el fin de recolectar los datos, que servirá para mantenerse informado y de esta manera tener conocimiento de una fecha probable de parto, de cada gestante.
- Una vez identificado estos datos, se procederá a mantenerse en comunicación con la gestante en las últimas semanas de su embarazo, para poder acudir en el momento del parto.
- En el momento en que comience el trabajo de parto, previo a ello ya se pidió el respectivo permiso, se procederá a pasar a la sala de partos para poder recolectar los datos mediante el instrumento que realizaremos.

- Se obtendrá los datos complementarios mediante esta encuesta que será llenada con las observaciones registradas en el trabajo de parto para cada periodo.
- Se procederá a redactar los datos obtenidos en el informe final.
- Se procederá al análisis y tabulación de los datos mediante la utilización del programa Epi – **info, spss 19**, la hoja de cálculo Excel 2011, se utilizará la estadística descriptiva para medir los datos mediante las tendencias de medida central, para determinar la correlación entre las variables, se utilizará la estadística inferencial, mediante la prueba de Chi cuadrado.
- Se procederá a redactar todos los datos obtenidos en el informe final para luego poder presentarlo y sustentarlo ante el jurado que calificara nuestra tesis de proyecto realizado.

5.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECIÓN DE DATOS.

5.4.1. MÉTODOS

- Revisión de la historia clínica
- Encuesta
- Lista de cotejo

5.4.2. INSTRUMENTOS.

Para la revisión de la historia materno perinatal, se diseñó una encuesta y lista de cotejo para el recojo de datos de las gestantes, para el vaciado de la información y procesamiento estadístico, la encuesta consta de 10 ítems, basadas en pregunta sobre las características antropométricas y obstétricas de las gestantes y la lista de cotejo está dividido en tres partes y cada uno consta de 6 ítems, basadas en preguntas sobre las complicaciones existente en el embarazo, parto y puerperio.

5.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

La información obtenida se procesó en computadora utilizando el programa EXCEL 2011 la hoja de cálculo Excel 2011, el procesador de palabras Word 2010, y el programa para diseño de presentaciones Power Point 2010.

Para el procesamiento de la información se utilizó la estadística descriptiva, donde se determinó la frecuencia, porcentaje y media aritmética a través del programa SPSS versión 19.

Estadísticas a usar.

Para el procesamiento de la información se utilizó la estadística descriptiva, donde se determinó la frecuencia, porcentaje y media aritmética. Para la comprobación de la hipótesis se utilizó la estadística inferencial a través del test de independencia ji cuadrado con un nivel de significancia $p \leq 0,05$, donde nos permitió determinar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

V. RESULTADOS

Tabla N° 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL II ESSALUD-TARAPOTO

CARACTERÍSTICAS	Fi (n=300)	%
Edad		
< 20 años	27	9,0 %
20 - 35 años	246	82,0 %
> 35 años	27	9,0 %
X= 27.11 años R= 15 - 43 años		
Peso Habitual		
40 - 49 kgs	24	8,0%
50 - 59 kgs	107	35,7%
60 - 69 kgs	129	43,0%
70 - 79 kgs	35	11,7%
X= 60,74 kgrs R= 40 – 85 kgrs		
Peso actual		
40 - 49 kgs	2	0,7%
50 - 59 kgs	20	6,7%
60 - 69 kgs	119	39,7%
70 - 79 kgs	122	40,7%
X= 70.79 kgrs R= 42 - 95 kgrs		

Fuente: La propia investigación

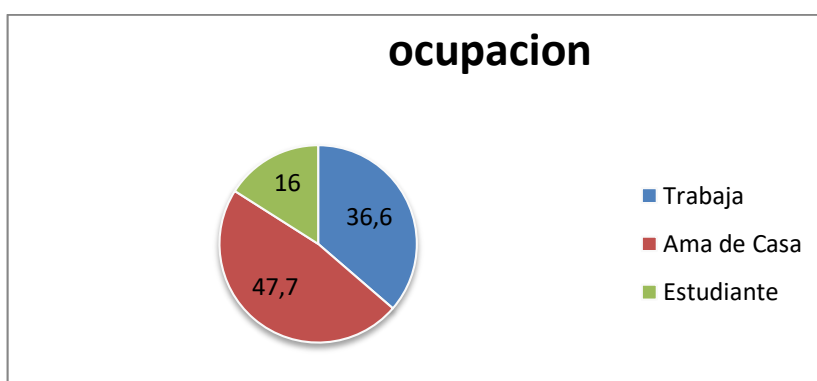
Muestra las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el hospital II essalud – Tarapoto, encontrando que de las 300 historias clínicas revisadas el 82,0 % tienen edades entre 20 – 35 años, 9,0 % tienen menor de 20 años y el 9,0% oscilan mayor de 35 años de edad.

El promedio de edad de las de las gestantes atendidas es de 27.11 años con un rango entre 15 - 45 años.

El 43% tienen un peso habitual de 60-69 kilogramos, el 35.7% un peso de 50- 59 kilogramos, el 11.7% un peso de 70- 79 kilogramos y el 8% oscilan entre 76-85 kilogramos y el peso actual del 57.84%(59) está entre 55-70 kilogramos, 39.22% está entre 71 – 85 kilogramos y el 2.94% oscila entre 40-49 kilogramos

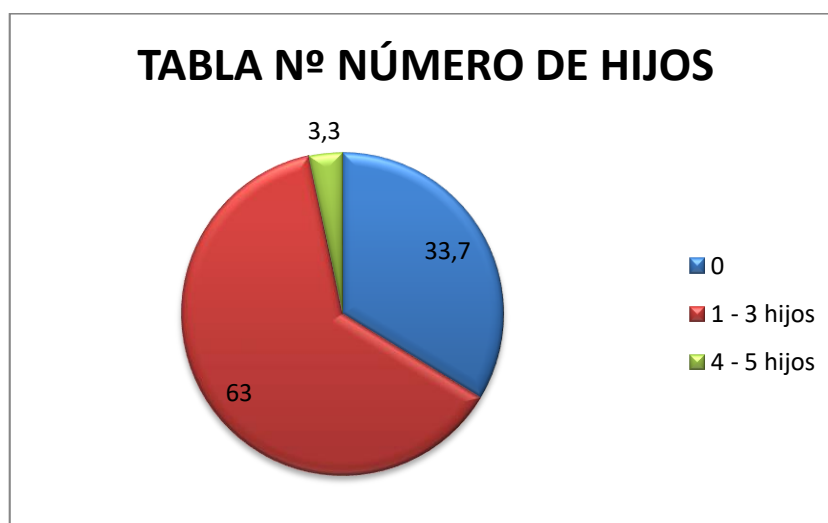
El peso habitual promedio de las gestantes es de 60.74 kgrs, con un rango entre 40 - 85 kgrs y al término de la gestación fue de un promedio de 70.79 kgrs con un rango entre 95 - 42 kgrs

GRAFICO Nº 01: OCUPACION DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD – TARAPOTO



Muestra ocupación de las gestantes atendidas en el hospital ii essalud – Tarapoto encontrando que, de las 300 historias clínicas revisadas, el 47.7% son amas de casa, el 36.6% trabajan y el 16 % son estudiantes.

**GRAFICO Nº 02: NUMERO DE HIJOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL II ESSALUD – TARAPOTO**



Muestra el número de hijos de las gestantes atendidas en el hospital II essalud – Tarapoto, encontrando que el 63% tienen 1- 3 hijos y el 33,7% tienen 0 hijos y el 3,3 tiene de 4-5 hijos.

Tabla N° 2: CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL II ESSALUD-TARAPOTO

CARACTERÍSTICAS	Fi (n = 102)	%
Edad Gestacional		
< 37 sem.	70	23,3%
37 - 42 sem.	230	76,7%
> 42 sem.	0	0,0%
X= 37.52 sem R= 30 – 41 sem.		
Nivel de Hemoglobina		
11 - 14 grs	261	87,0%
< 10 grs.	39	13,0%
Enfermedades Previas		
Anemia	12	4,0%
Cirugía Pélvica	17	5,7%
Ninguno	271	90,3%

Fuente: La propia investigación

Muestra las características obstétricas de las gestantes atendidas en el hospital II essalud – Tarapoto Encontrando que de las 300 historias clínicas revisadas el 76.7% tienen entre 37-42 semanas de gestación, el 23.3% tiene menor de 37 semanas. El promedio de la Edad Gestacional es de 37.72 con un rango de 35 – 41 sem.

Con respecto al nivel de hemoglobina, el 87.0% tienen de 11-14 grs. de hemoglobina y el 13% tienen < 10 grs. de hemoglobina. El 90.3% no presentan enfermedades previas al embarazo y el 5.7% inician la gestación con cirugía pélvica anterior y el 4.0 inicia con anemia.

TABLA N°3: IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO.

Complicaciones del embarazo	Fi	%
Infección del Tracto Urinario	97	32,3%
Pre eclampsia	24	8,0%
Ruptura Prematura de Membranas	18	6,0%
Parto Prematuro	17	5,7%
Anemia	10	3,3%
Amenaza de aborto	10	3,3%
Retardo de Crecimiento Intrauterino	3	1,0%
Ninguno	121	40,3%
Total	300	100,0%

Fuente: La propia investigación

Muestra las principales complicaciones del Embarazo en mujeres atendidas en el en el hospital II essalud – Tarapoto. Encontrando que las 300 historias clínicas revisadas el 40.3% no tuvieron ninguna complicación, 32.3% tuvieron ITU, el 8,0% pre eclampsia, el 6.0 %ruptura prematura de membranas, tuvieron parto prematuro, el 3.3% anemia y el otro 3.3 % amenaza de aborto.

TABLA N°4: IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL PARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO.

complicaciones del Parto	Fi	%
Sufrimiento Fetal	16	5,3%
Parto prolongado	15	5,0%
Hemorragia	3	1,0%
Ninguno	266	88,7%
Total	300	100,0%

Fuente: La propia investigación

Muestra las principales complicaciones en el parto en mujeres atendidas en el en el hospital II essalud – Tarapoto. Encontrando que las 300 historias clínicas revisadas El 88.7% no presentaron ninguna complicación durante el parto, el 5.3 % presentaron sufrimiento fetal, el 5.0% parto prolongado, el 1.0% hemorragia intraparto.

**TABLA Nº 05: COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD- TARAPOTO**

Complicaciones del Puerperio	Fi	%
Anemia	30	10,0%
Mastitis	11	3,7%
Infección Puerperal	7	2,3%
Hemorragia Post-parto	5	1,7%
Ninguno	247	82,3%
Total	300	100,0%

Fuente: La propia investigación

Complicaciones durante el puerperio de las gestantes atendidas en el hospital ii essalud- Tarapoto, Encontrando que, de las 300 historias clínicas revisadas, el 82.3% no presentaron ninguna complicación durante el puerperio, el 10.0% tuvieron anemia, el 3.7% presentaron mastitis, el 2.3% presentaron infección puerperal y el 1.7% hemorragia post parto.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el Perú las mujeres afronta diversas complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio pero el problema es mayor en zonas rurales, sin duda el futuro de un niño depende de la etapa de gestación, los cuidados alimenticios, los controles en la gestación y el nivel socioeconómico

Las complicaciones obstétricas son los problemas de salud que se producen durante el embarazo, parto y puerperio. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Tenga en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo

En el Perú, aun cuando en los últimos cuatro años se ha reducido la pobreza en una pequeña proporción, ésta sigue afectando alrededor del 25.8% de la población. Las complicaciones en el embarazo sigue el mismo patrón geográfico que la pobreza. Así, en las zonas más pobres del país se encuentran también las mayores complicaciones obstétricas.

La tabla N° 02 nos muestra las características obstétricas de las gestantes atendidas en el hospital II essalud- Tarapoto, encontrando que 90.3% no presentan enfermedades previas al embarazo, 4,0% anemia y el 5.3% inician la gestación con cirugía pélvica anterior. No se reportó ningún caso con mayor relevancia previo al embarazo.

Mientras en los estudios realizados por **VILA** en el año 2007, en su estudio realizado en Cuba sobre “complicaciones en la gestación y parto” en el municipio de tunas, se tomo como muestra a 272 embarazadas las cuales asistieron a su control de embarazo en el hospital docente los resultados encontrados fueron que 100 gestantes padecían infección del tracto urinario, 40 pre eclampsia y 25 de ellas en su parto sufrimiento fetal. (10)

Lo que aquí podemos observar con nuestro estudio es de que el mínimo porcentaje de las gestantes empiezan con anemia y que el mayor porcentaje no presentan complicación alguna.

El gráfico N° 01: nos muestra ocupación de las gestantes atendidas en el hospital ii essalud – Tarapoto encontrando que el 47.7% son amas de casa, el 36.6% trabajan y el 16 % son estudiantes

En los resultados encontrados el porcentaje es menor a los estudios realizados por **GONZALES, Mariano (2008)** en su estudio realizado en el hospital san Juan de Dios en el municipio de Esteli , NICARAGUA sobre “nivel sociodemográfico en relación con la Embarazo y sus complicaciones ” en el servicio de ginecobstetricia con una población de 100 gestantes de los cuales 50 pacientes en cuanto a la ocupación según las entrevistas realizadas, la mayor parte de ellas son amas de casa, con un 85%y 15% son obreras con una edad de 17 y 19 años con estado civil convivientes y según el nivel de escolaridad 20% de primaria incompleta 30% de primaria completa, 25% de secundaria, 15% secundaria incompleta y 10%

En la TABLA N°3: nos muestra las principales complicaciones del Embarazo encontrando el 48.3% no tuvieron ninguna complicación, 32.3% tuvieron ITU, el 8,0 pre eclampsia el 6.0 %ruptura prematura de membranas, tuvieron parto prematuro, el 3.3% anemia y el otro 3.3 % bajo peso al nacer.

En los resultados encontrados el porcentaje de una de las complicaciones es menor a los estudios de **MEJÍA, Yaneth (2007)** Proyecto “complicaciones asociados en el embarazo” En Huarmey.” con una población de 100 gestantes, los resultados encontrados fueron que 35% de estas gestantes sufrían anemia, 30% de ellas tenían embarazo parto prematuro, 20% amenaza de aborto y el 15 no tenían ninguna complicación.

Una de las complicaciones que asocia en el embarazo es la ITU - Parto prematuro porque al no tener controles prenatales y una alimentación adecuada las defensas disminuyen de la gestante y esta propensa a que gérmenes y bacterias ingresen por la vagina y esto conlleva a tener un parto prematuro u amenaza de aborto.

Las principales complicaciones en el parto: El 88.7% no presentaron ninguna complicación durante el parto, el 5.3 % presentaron sufrimiento fetal, el 5.0% parto prematuro, el 1.0% hemorragia intraparto.

Las complicaciones en el parto vienen acompañadas de diversos problemas desde el embarazo como por ejemplo no adecuada nutrición, factores sociodemográficos y socioeconómicos. Lo que podemos observar es que el porcentaje de complicaciones es mínimo

Las complicaciones durante el puerperio: el 82.3% no presentaron ninguna complicación durante el puerperio, el 10.0% tuvieron anemia, el 3.7% presentaron mastitis, el 2.3% presentaron infección puerperal y el 1.7% hemorragia post parto.

Las complicaciones en el puerperio es menor, esta etapa es muy importante que a la puérpera se le evalué constantemente para así evitar infecciones puerperales o muertes maternas.

.

VII. CONCLUSIONES

1. las características sociodemográficos nos muestra que la ocupación de las gestantes atendidas en el hospital II salud – Tarapoto encontrando, el 47.7% son amas de casa, el 82,0 % tienen edades entre 20 – 35 años, De estas embarazadas se encontró que 63.0% tienen 1- 3 hijos.
2. las principales complicaciones del embarazo en mujeres atendidas en el en el hospital II salud – Tarapoto. Encontrando que el 40.3% no tuvieron ninguna complicación, 32.3% tuvieron ITU, el 8,0 pre eclampsia, el 6.0 %ruptura prematura de membranas, tuvieron parto prematuro, el 3.3% anemia y el otro 3.3 % bajo peso al nacer.
3. las principales complicaciones en el parto en mujeres atendidas en el en el hospital II salud – Tarapoto. Encontrando que El 88.7% no presentaron ninguna complicación durante el parto, el 5.3 % presentaron sufrimiento fetal, el 5.0% parto prematuro, el 1.0% hemorragia intraparto.
4. Las principales complicaciones en el puerperio en mujeres atendidas en el en el hospital II salud – Tarapoto. Encontrando que El 82% no encontramos ninguna complicación, 3,7% mastitis, infección puerperal 2,3% y hemorragia post parto 1,7%.

VIII. RECOMENDACIONES

- 1- Implementar más actividades de orientación y promoción de la salud que permita a la madre comprender la importancia de la relación existente entre el binomio madre - hijo, además dar conocer los factores de riesgo desde el inicio de la gestación hasta el puerperio

- 2- Concientizar a las madres de familia, a través de charlas y talleres sobre la importancia de la alimentación , los controles prenatales oportunos para así poder evitar las complicaciones en el embarazo parto y puerperio

- 3- Concientizar a todo el personal de salud a través de capacitaciones sobre la importancia de las complicaciones obstétricas de esta manera evitar las muertes maternas y neonatales.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)Vásquez Aguilera Mirna, Bobadilla Liliam 2006/2007 proyecto de investigación “La desnutrición y su impacto en la educación pre-básica en la aldea, Arcillada, de Honduras”.
- (2)OPS/OMS. Creciendo en las Américas, la magnitud de la desnutrición a final de siglo. WASHINGTON D. C .JULIO de 2004
- (3)MINSA (2005) DGE. Análisis de Situación de Salud del Perú. Extraído el 28 de diciembre del 2008. <http://www.minsa.gob.pe/pvigia>
- (4)<http://es.wikipedia.org/wiki/Desnutrici%C3%B3n>(K)
- (5). L chtig A, Habich JP, De León E, Guzmán G. Influencia de la nutrición Materna sobre el crecimiento fetal en poblaciones rurales de Guatemala. Arch. Latinoamer. Nutr. 1972; 22: 117-31.
- (6). WHO. The incidence of low birth weight: a critical review of available information. World Health Star. 1980; 33: 197-224.
- (7)ALVAREZ, R.2001.Repercucion De los Factores De Riesgo En El Bajo Peso .
- (8)ROMANO, Fidel 2001.clinica obstétrica. Editorial. Disimile c.a
- (9)SIEN : sistema informático del estado nutricional ,DIRES.
- (10)VILA Y VELÁZQUEZ (2006) en un estudio sobre “aspectos socio nutricionales en la gestación” en el municipio de tunas, Cuba

(11)ROMERO, Juan Manuel. Noviembre (2008). en su proyecto de investigacion “Desnutrición en Gestantes Adolescentes Y Su Relacion Con Bajo Peso”. Publicado en la Revista de Posgrado de la V Cátedra de Medicina. N° 187. Colombia.

(12)GONZALES, Mariano (2007) realizó un estudio sobre “desnutrición gestacional” en el servicio de ginecobstetricia en el hospital san Juan de Dios en el municipio de Esteli , NICARAGUA.

(13)VARGAS, Javier (2004), realizó un estudio sobre el Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población aguaruna. Amazonas – Perú.

(14)SUNNI, Paolo (2007) realizó un estudio sobre “desnutrición gestacional e infantil” en Ucayali – Perú.

(15)RIVERA, Daniel (2007) realizó un estudio experimental sobre “efectividad de la carne de cuy para combatir la desnutrición gestacional” en el club de gestantes las bellas de Junín.

(16)MEJÍA, Yaneth (2007) Proyecto “factores asociados a la Desnutrición gestacional” En Huarmey.”

(17)SANTOS, Manuel (2007) Realizó un proyecto en el departamento de San Martín – Lamas.

(18) F:\Nutrición - Wikipedia, la enciclopedia libre.htm

(19)Marvin Harris, libro “Bueno para come”, 2008 –Brooklyn
<http://html.rincondelvago.com/habitos-alimenticios.html>

Brooklyn <http://html.rincondelvago.com/habitos-alimenticios.html>

(20) PAREDES CRUZ pág. 390

(21) UNICEF – “conferencia mundial sobre lucha contra la desnutrición” – sede Venezuela 2008

(22) Sánchez, María “cuidando mi salud” – 2007 pagina 240-242

(23) Mere F, Juan Ginecología y Obstetricia. Vol. 42 N°3 Diciembre 2006

(24) Schwarckz R, Uranga A; Lomito C, et al. “El cuidado prenatal” - Guía para la Práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal / Ministerio de Salud. 2001. Argentina

(25) Díaz, Rosa. Publicado en “cuidando mi Salud”. Pág. 4. 2008.

(26) OPS/OMS. Creciendo en las Américas, la magnitud de la desnutrición a final de siglo. WASHINGTON D. C .JULIO de 1997. Pag.1-15.

(27) Pacheco Romero José, Ginecología Obstetricia y Reproducción, 2ª edición, Pág. 789, impreso en Perú – REP SAC, Lima 2007, 1497Pág.

(28) ricardo leopoldo schwarcz, ricardo fescina y carlos duverges-obstetricia; 6ª edición – buenos aires; el ateneo; 2005.

(29) HERNADEZ, C.1996.gestantes desnutridas: correlación con algunos factores obstétricos; sicosociales y su relación con el peso del producto. revista cuba obstetricia y ginecología; 22(2): 84-91.

(30) REVISTA LA REPUBLICA 18/10/09

(31).- Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, año: 2003 EDICION: 6^a, pag 604,1137,1047,1524.

(32). Libro de Schwarcz, edición 7°

X. ANEXOS

Anexo 01: ENCUESTA SOBRE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN ESSALUD II - TARAPOTO

INSTRUCCIONES: El formato presenta una serie de preguntas que será llenado de acuerdo a la hoja perinatal y la historia clínica y serán respuestas precisas para facilitar la encuesta.

I. DATOS GENERALES:

NOMBRE Y APELLIDO:

DIRECCIÓN:.....H.CL:.....

II. CARACTERISTICAS

- 1) Edad :
- 2) Ocupación :
- 3) Talla :
- 4) N° de hijos :
- 5) Peso habitual :
- 6) Edad estacional
- 7) Peso actual
- 8) Enfermedades previas
- 9) Antecedentes familiares :

ANEXO 02

LISTA DE COTEJO

I. COMPLICACIONES MATERNAS:

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO		SI	NO
1	ANEMIA		
2	AMENAZA DE ABORTO		
3	PARTO PREMATURO		
4	PLACENTA PREVIA		
5	RCIU		
6	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
7	PREECLAMPSIA		
8	INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS		
9	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA		
10	OTRAS COMPLICACIONES		
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:			
1	SUFRIMIENTO FETAL.		
2	HEMORRAGIA INTRATPARTO		
3	PARTO PROLONGADO.		
4	DESGARRO PERINEAL		
5	OTRAS COMPLICACIONES		
COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO:			
1	INFECCIONES PUERPERAL		
2	HEMORRAGIA POSTPARTO.		
3	MASTITIS		
4	HEMATOMAS		
5	HEMORRAGIA POR ATONIA UTERINA		
6	OTRAS COMPLICACIONES		